

厚生労働省版提言型政策仕分け（第5回）

開催日時：平成24年6月29日（金）10：00～11：18

開催場所：厚生労働省専用第23会議室（19階）

出席者：宮山座長、秋山委員、阿部委員、和泉委員、中山委員、脇坂委員

議論1 医療と介護の連携

○宮山座長

ただ今より、厚生労働省版「提言型政策仕分け」会合を開催いたします。本日は、委員の皆様と事前に決定したとおり、宮山が座長を務めます。本会合は、テーマごとに2日間の日程で実施しており、本日と次回で「医療と介護の連携」と「製造段階から患者使用段階までの総合的な後発医薬品使用促進策の実施」の2つのテーマについてご議論いただき、提言をとりまとめる予定であります。

また、本日は、政務三役から、西村副大臣、藤田政務官にご出席いただいております。また中山委員は間もなく参加しますので、ご了承願います。

ここでカメラは一旦退室をお願いいたします。

それでは議事を進めます。本日は、2つのテーマについて、担当部局から「施策の現状」を説明していただき、様々な論点について、委員の皆様で自由にご議論いただきます。まずは「医療と介護の連携」を取り上げます。始める前に、医療と介護の連携をテーマとして選定した理由等を私から説明いたします。

今回の提言型政策仕分けは、一定のテーマを切り口に、部局間の縦割りをなくすことを目的としたものであります。医政局・老健局・保険局が関わる医療と介護の連携につきましても、予てこうした指摘を受けておりました。これまで厚生労働省としても、このたびの同時改定に見られるように熱心に取り組んでおられますが、まだ多くの課題があることも事実であります。そこでテーマの1つとして取り上げたことと認識しております。

しかし、医療と介護の連携と言いますとテーマとして非常に幅が広い。今回は時間も限られておりますので、抽象論にとどめず、具体的な提言に結び付けていくためには論点を絞って議論したほうがよいと考えております。そこで医療と介護の連携というテーマの中で、今回、特に在宅の場面における医療・介護の連携に焦点を当てることとしたいと思います。既に厚生労働省は、今年、「在宅医療・介護あんしん2012」と銘打って、省横断的に在宅医療、介護を推進することにしておりますが、利用者、国民の目から見れば、まだまだ課題が多いのではないかと感じます。連携を実感できないというのが本音ではないかと思っております。今回は厚生労働省から、現在進めている取組についてお話を伺った上で、今後の取組について委員間で議論いただくことといたします。もちろん、在宅分野に限らず課題は山積しておりますので、委員間の議論が予め想定した範囲を超えて関連する分野に及ぶことは差し支えないと考えておりますので、委員の皆さん、執行部の皆さん、よろしく願いいたします。

それでは、担当部局から現状についてご説明をお願いいたします。説明につい

ては5分以内を目安に、ポイントを絞って簡潔にお願いします。それでは、よろしくお願いいたします。

○医政局長

医政局長です。資料1の施策シートに基づいてご説明します。まず1です。頁数は2になります。この在宅医療・介護の推進ということですが、この考え方は、上のカラムにありますように、施設中心で行われてきた医療・介護から、可能な限り、住み慣れた生活の場において必要な医療・介護サービスが受けられる。そういうことを目指しているということで、2つ目のカラムにあります。高齢化社会の中でも我が国の医療のひとつの特徴として平均入期間が長い。また自宅で死亡する人の割合が減り、病院あるいは施設でお亡くなりになっている。一方で国民の多くが自宅での療養を望んでいる。長期に病院などで療養しているケースが多い。特に心配なのは死亡者数が、今後、「2040年にかけて今よりも約40万人増加」と書いていますが、急激に増えていく。特にこの問題が集中的に現れるのが大都市とその周辺だろうということで、これは後でも関連してきますが、既に高齢化を遂げていた地域では実際にはかなりの対応が進んでいますが、都市周辺のほうが喫緊の課題になっていると考えています。

そこで今年度の予算編成等に当たり、下のカラムですが、実は予算と制度と診療報酬・介護報酬、三位一体と我々は言いましたが、そういう対応をとって、集中的にこの施策を展開しようということで、3局共同で予算編成等に当たってまいりました。予算では、重点化枠を活用して、省横断的に在宅医療・介護を推進する。これは後の資料でも説明します。それから制度的対応ということで、医療行政では医療計画というものがありますが、その医療計画を、いま次の5年間の計画を都道府県に策定してもらっています。その医療計画に在宅医療を明快に盛り込んでいくということ。介護保険事業計画でも連動して進めるといったことで計画ベースでの対応をしていく。現在、医療法の改正を諸般のポイントで検討していますが、その中に在宅医療というものを、より位置付けることができないか検討しています。既にこの年度末に確定しましたが、診療報酬・介護報酬の中で在宅医療・介護を重点評価ということで、この3つの柱で進めてきたところです。

施策シート2については関係局、主な計画ということでは医療計画、介護保険事業（支援）計画とありますが、特にここで注意すべきは、医療は基本的に都道府県中心の圏域でこれまで政策が進められてきた。一方で介護は市町村ベースだということで、その圏域の違いをうまく組み合わせていかないと、連携に齟齬をきたすということで、ここに注意しながら進めているところです。

施策シート3ですが、いま申しました予算とかいくつかのポイントがありますが、医療関係では在宅医療の拠点を設けていくということで、今年度、105で既に取組を始めています。これもモデルから普及型にするためのプロセスが入っていますが、初年度ということで、いろいろなやり方、いろいろな問題点を洗い出し普及型にしていきたい。あるいはそのための人材を養成する。それと老健局サイドで地域包括支援センターの運営と、先ほど申し上げた診療報酬で金

額をそれなりに獲得したということです。

いま申しましたとおり、医療は実は取組そのものはあったのですが、介護のほうが先行し、医療は優秀な所、意欲のある所が突発的に点で行って来たけれども、面になっていなかったということで、医療がどちらかというと、ある意味ではもう一遍艇入れして遅れて付いて行くという面もありますから、その辺はスピード感の違いをうまく調整しないといけないことを注意して、特に市町村での取組、それから県が医療サイドでそれなりの役割を担うことを中心に、今後、普遍化の流れを作っていきたいと考えています。以上です。

○宮山座長

ありがとうございます。次に仕分け室から論点の説明をお願いいたします。

○総括審議官（事業仕分け室長）

医療・介護の連携に関する論点です。資料2です。論点1ですが、いま担当局からの説明もありましたけれども、論点1は入院していた患者の方が地域に戻り、生活しながら必要な医療サービスを受けるために、医療機関の連携や人材育成にどのように取り組むべきか、これが論点かと思われま。

具体的に資料を見ていただくとグラフがあります。在宅医療を担う機関の届出というのはたくさんされているわけです。だんだん増えてはいるのですが、実際に在宅での看取り回数を見ると、お亡くなりになるまで家で暮らしたということの評価になるわけですが、そういうことをしていない医療機関がたくさんあるということであり、一部の所がやっている。利用するほう、在宅で暮らす方の意識調査ですが、在宅で療養するのに病院から出て移行する、あるいは継続することについての阻害要因を調べたものです。家族の関係のことも大きいのですが、ここにありますように「往診してくれる医師がいない」「訪問看護体制が整っていない」といったことを、阻害要因として挙げるのが多くなっているということです。そういったことから見て、在宅医療の提供機関は増えてはいますけれども、在宅療養移行あるいは継続の阻害要因として往診してくれる医師がいないなど、まだ有効に機能していないのではないかと、この辺が論点かと思われま。

3頁のグラフを見ていただくとわかりますように、県によって高齢者人口に差が生じている。特に都市圏では高齢者の実数が非常に多くなっているということがあります。看取りの場所については、先ほどの資料にもあるわけですが、最後にお亡くなりになる場所として自宅は10%ちょっとであり、8割近くが病院ということですが、これが1950年代、昭和の戦後すぐぐらいたとこれが逆転していて、家で亡くなる方が大半で、病院で亡くなる方は1割ぐらいという数字でしたが、昭和50年ぐらいにクロスして、いまは逆転している状況です。そういう意味で医療・介護のニーズが高まっていく中で、その受け皿としての在宅医療・介護の体制整備を加速し、看取りも含めた在宅医療を更に推進していくべきではないかということになるかと思いま。

4頁ですが、いま担当局から説明がありましたけれども、医療計画というのが

制度上あるわけです。これは都道府県が策定することになっていますが、都道府県が市町村のことは見ながら、市町村単位の医療・介護の資源の実情に応じて策定することになっていきます。一方で介護保険の実施主体は市町村であり、医療計画は県になっているので、医療について市町村が、当事者意識を持って関わっていくための仕組みが更に必要なのではないかと、この辺が論点かなと思います。

4 頁の中ほどに在宅医療連携拠点事業（モデル事業）とあり、これも担当局からの説明がありましたけれども、いまモデル事業という形で始まっているわけです。いま 105 カ所ということで、まだ全国津々浦々というふうにはなっていないわけです。これを拡大していくことについて、責任主体を明確にした上で制度化する必要があるのではないかと。またこういうのを拡大していくときに、多数の機関との調整をしていかなければいけない。いろいろな関係者が地域にいるということですが、そういうときに中立的な立場でいろいろな関係者の調整が必要な人は誰だろうかと考えてみると、やはり市町村ということになるのかなと思います。そういった関与が必要ではないか、それをどう考えるかということかと思われま

す。

5 頁で論点 2 です。利用者の視点に立った訪問診療、訪問看護等が提供されるためには、どのように取り組むべきかということで、これもグラフを見ていただくと、ケアプランを立てるケアマネジャーが困難に感じる点の上位に、医療との連携が挙げられ、医師との連携が取りづらいということです。要するにケアマネジャーから見たら、医師はちょっと敷居が高いということかと思えます。

下のグラフにもありますように、リハビリを利用したらいいと思われる人でも利用していない人が 7 割ぐらいいる。右のグラフにもありますが、本来だったらこういう医療が必要だと思われる人であっても、いずれも利用していないというのが、ものによって違いますけれども大体 3 割ぐらいいる。3 割ぐらいの人は何も利用していないということです。

こういうことから見て、上に戻りますが、ケアプランに医療的視点が反映されにくいということで、リハビリの適切な活用によって利用者の自立支援に資するためには、地域ケア会議などの公的な主体が関与する必要があるのではないかと。関係職種が協働できる場の設定が必要であり、そのためには市町村をどういうふうに位置付けるか、このあたりが論点かと思われま

す。

6 頁ですが、医療の取組と介護の取組について、それぞれの実施主体が連携しながら事業を進めていく必要があるわけですが、医療側からの協力を促進するためにどうするかということで、ここでも医療側ということ言うと市町村を両事業の中心となる主体として位置付け、より積極的な関与を求めるべきではないかと。こういうことが言えるかと思われま

す。これも図にありますように、左側が介護系、老健局系の事業、右側の在宅医療連携拠点事業は医政局系の事業で、これがモデル事業で 105 カ所あるわけです。これがそもそも全国津々浦々になんないということが問題ですが、仮にやっている場所であっても、この介護側ですね、市町村の設置する地域包括支援センターへの協力がどのくらい行われているか。また地域包括支援センターを設置する市町村側から、在宅医療連携拠点事業への積極的

な働きかけをする仕組みが、まだ取られていないのではないか。そういったことが言えるかなということです。こういったところが論点かと考えます。以上です。

○宮山座長

ありがとうございます。それでは論点 1、2 とありますけれども、順番にはこだわらず、またこれ以外の視点がございましたら、それも含めて結構ですので、委員の皆様から質問などを行っていただき議論をお願いいたします。質問に対してはポイントを簡潔にお答えいただきますよう、お願いいたします。それではどうぞ。ご意見のある委員の方、いらっしゃいますか。

○脇坂委員

質問ですが、在宅医療連携拠点でモデル事業、現在、105 事業所あるとなっていますが、先ほども説明がありましたように、大都市でこれが大きな問題であるということなので、その 105 事業所は大都市周辺にあると考えて、よろしいですか。それともどういう感じになっていますか。

○医政局指導課長

それにつきましては大都市部も、過疎地というか医療資源の十分ないような所を含め、両方、ある意味万遍なくあるという感じですよ。

○脇坂委員

だから、大きく考えれば 105 事業所ですから、大都市のどこかの医療圏で上手にいく 1 つのモデルが作れるかどうかのポイントだと思っているのですが。

○医政局指導課長

対象者のボリュームということで言えば、都市部というのが大きな課題ですけども、都市部と過疎地の在宅医療のあり方というのは、それぞれの特性に応じた対応が必要だと思います。

○脇坂委員

専門家ではないのでわかりませんが、都市部と過疎地で全然違うようなイメージがあるのです。まだ結果が出ていないからわからないのですね。都市部でうまくいっている例というのは、まだわからないですか。

○医政局指導課長

まさに取組を始めたところなので、これから成果をまとめていきたいと思いますが、いずれにしても都市部と地方とそれぞれ拠点を指定していますので、都市部に合ったやり方、地方に合ったやり方がそれぞれあると思います。全国画一的なやり方にすべきだとは思っていませんので、モデルの成果を踏まえて検討していきたいと思います。

○宮山座長

ほかにございませんか。

○秋山委員

地域包括ケア体制についてという6頁の論点ですが、先ほどから都道府県単位と市区町村単位というか、介護保険は保険者が市区町村単位ですし、その中で医療と介護の一体的提供のときに、設置主体ごとに下りてくるのが、医政のほうは都道府県単位で下りてきますし、その都道府県単位で下りてきたものを、市区町村の保険者単位の介護保険とどのように整合性というか、うまく連携をしていこうとしているのかを改めてお伺いしたいと思います。

○医政局指導課長

これは医療サイドと介護サイドと、双方が歩み寄っていくことが必要だと思っています。医療サイドについては、今年、都道府県の医療計画を作って、来年度からの5カ年計画ということで、今年度中に作業を行うことにしています。それに先立って今年の3月に、医療計画の作成指針というのを国から都道府県に示したところです。その指針で今回初めて、在宅医療に係る体制構築の指針というのもしました。その中で在宅医療を担う医療機関の役割を充実強化することと併せて、介護保険事業支援計画との連携の必要性を都道府県に示しました。また在宅医療に必要な連携を担う拠点を設置し、そういった拠点を通じて医療・介護の連携を図っていくことが望ましいとしたわけですが、その際に拠点を位置付ける場合には、介護サービスの状況を把握している市町村と十分協議することを提示しています。

介護保険サイドでも、昨年介護保険法等の改正において、市町村が定める介護保険事業計画の中で、医療との連携について記載するよう努めることが盛り込まれました。また介護保険の計画担当者を対象にした会議などでも、医療と介護の連携の先駆的な取組の事例を紹介するなどして、医療側、介護側の双方が歩み寄って連携を深めていく方向で進めていきたいと考えています。

○宮山座長

ただいまの議論に関連して私から質問させていただきます。医療計画で二次医療圏の設定が義務づけられているのですが、それとは別に、いわゆる二次救急の地域単位あるいは地区医師会の単位、それに市町村があって、ひよっとすると地区薬剤師会の単位も違うかもしれない。そういう中で基本的に市町村を単位とするということになると、団体からいくつもの市町村に委員として出すという現象が出てくると思います。ですから、モデル事業の関係も同じですが、そういったものを推進する地域単位をどういうふうにするのか。そういったものの調整について都道府県が積極的に調整に入る。あるいは保健所が調整に入る。これは福祉事務所も関わりますけれども、そういった必要性があると思いますが、いかがで

すか。

○医政局指導課長

先ほど申し上げたとおり、今年度、各都道府県で医療計画を策定する際に、在宅医療の体制をどう整備するかという計画も立てていただくようにしています。その際に、介護と連携しながら在宅医療を進めていくための圏域をどう設定するか。これは従来の二次医療圏にとらわれることなく、地域の実情に応じて市町村も含めた関係者と、よく協議してくださいということを申し上げています。例えば、在宅でいらっしゃる方の病状が急変したときの対応をどうするかとか、医療と介護の連携を図っていくという観点から、ふさわしい圏域とはどういうものか。例えば市町村単位というのものもあるでしょうし、保健所の圏域ということもあるかもしれません。そこは現時点では画一的というより、その地域のいろいろな医療や介護の資源の状況も含めて、総合的に判断していただきたいと考えています。

○宮山座長

そういったことも計画の中で、その地区状況に応じて検討してくださいということになっているのですね。

○医政局指導課長

そういうことです。

○宮山座長

わかりました。ほかにございませんか。

○秋山委員

あと地域包括ケアの概念の中に保健予防というところがあって、それは介護予防だけでなく、より健康寿命を延伸するという意味で、本来は保険局にもまたがる事業を地域で展開していかないと、この超高齢化社会には対応できていかないと思っています。その辺、予防の観点をどのようにお考えかを、お聞かせ願えればと思いますが、いかがでしょうか。

○老健局老人保健課長

予防の観点ということで、いまの健康づくりのお話は保険局というより健康局ですね。いま、こちらのほうでは介護予防ということを中心に、地域支援事業の中で介護予防事業というものを1次予防事業、2次予防事業とやっているのですが、実際には市町村の裁量で、特に1次予防については一般高齢者施策ということですので、そういった健康局との枠にとらわれずに、健康づくりということで活用していただくことも含めて推進していただくように、自治体の集まる会議などでもそのように説明しています。

○宮山座長

よろしいですか。ほかにございますか。

○和泉委員

今日は、医療とか介護を受ける立場から伺いたいのですが、在宅で療養していくという大転換は、病院が安心だとずっと思い込んできた国民の意識を、大きく変えていかなければならないと思います。もちろんブランド指向というのものもあるのかもしれませんが、もともと地域医療に対して馴染みもないこともあるのかもしれませんが、とても不安があるように思います。個人的なことですけれども私も年老いた母を介護して、病院にかかっている様子を見たり世話をしたりしていますが、例えば地域のお医者様には今までとは違う形で、これからはある種総合医的な役割みたいなものを、担っていただかなければならない気もします。医師には免許の更新制度もないと伺います。その辺のところの質の向上に関しては、どのようにお考えになっているのか伺いたいです。

また日常的に接してくださって、ケアをしてくださる介護者の役割も非常に大きくなって、医療に関する最低限の知識、こういう事があったら連携してちゃんと医療側に伝えなければいけないといった、きめ細かなケアをしていただかないといけないと思いますが、少なくともいま、私が見聞きしている感じの接し方では、そういうことまで見ていただけているようにはあまり感じられないのです。事前に教えていただいたのですが、ドイツなどでは看護と介護の教育課程が統一されているという事例もあるそうなので、そのあたり、ヘルパーの方の質を高めしていく部分に関しては、どうお考えなのか教えていただけたらと思います。

○医政局長

前段の医療あるいは医師の質の問題ですが、これまでも、例えばかかりつけ医という格好で地域の医師が地域に溶け込んで、その患者さんを包括的にケアしていこうという取組は、もちろんあったわけですが、その中に本当の総合診療能力があるか、あるいは家庭医というか地域に根差した医療のエキスパートがいるかということについて、議論なり疑問がありました。いま医政局の中でも専門医のあり方について検討しているのですが、従来の専門医というと、心臓や眼など特定の臓器の固有の専門医でしたが、総合的に物が見られる、地域医療との接点を作れる、そういった総合能力も実は専門能力ではないかということ、新しい専門医としての総合医のあり方がどうだということも、いま検討してもらっているわけです。在宅医療を進めるときに、そういった医師が能力を高めて地域の中心になるということは非常に重要だと思うので、これは大きな論点として私どもも、いま同時並行で進めています。

もう1点、医師の能力とは別に医療機関の機能です。実は昨日、医療部会でひとつの方向性が出たのですが、高度急性期をやっている病院と、それから回復期に流れていって療養在宅という流れが、医療の機能の中に明快にあったかということ、医療関係者は意識があったのでしょうけれども、患者サイド、行政サイドか

ら見て見えにくかったということで、そこをもうちょっと機能分化を明快にして、本来、専門の高度なものを担うところと、それから在宅までという、それぞれの専門的な役割をもっと分化することも、いま同時並行で進めています。何でも同時並行で恐縮ですが、在宅ということをして1つのキーにして、医師、医療機関の質の改善も取り組んでいるのが現在の状態です。

○宮山座長

ありがとうございます。ではヘルパー教育の関係です。

○老健局長

これはヘルパーの話だと思いますが、ホームヘルパーになるには、いま130時間の研修でなれるということです。実は特別養護老人ホームの職員も無資格でなれるというのが今の現状です。やはり専門性を持った職員としていかなければならない。介護福祉士という制度があって、これまで介護福祉士は医療行為ができなかったのですが、去年の改正で現場の要請がありましたから、痰の吸引や経管栄養は介護福祉士でもやれるということにして、今年の4月からあちこちで研修をやって一生懸命やっています。ただ、まだ幅が狭いです。日本は介護福祉士は2年制ですが、ヨーロッパなどでは3年制が主です。3年制の中で基礎的な医療ケアやリハビリといったものについて介護福祉士も学ぶというのがヨーロッパ基準となっているのですが、日本ではまだそういうところの取組はこれからのところがあります。ヘルパーの研修課程を見直し、最初の130時間をして、それから基礎課程をやって介護福祉士に上がっていく。そういうレベルアップができるシステムも導入していますので、全体的に医療ケアに対して馴染みが出てくるような形でのヘルパー養成あるいは介護職員の養成を、今後やっていかなければならないと思っていますところでは。

○和泉委員

もう1つ、自宅に帰れることの意義の大きな部分としては、病気になってからも、自分らしいライフスタイルを大切にしながら、ずっと過ごせることだと思います。いま私が1点目で伺ったのはいわゆるスキルの部分ですが、そういうメンタリティというか、患者さんが何を大切に暮らそうとしているかということの思想のシェアみたいなものも、医療と介護の両方で大事にしていかないと、せっかく自宅に戻していく、地域に戻していく意味というのはあまり生まれなかなと思います。その辺については何かお考えがあるでしょうか。

○医政局在宅医療推進室長

その点について現場の先生方のお話を聞く中で、特に研修医や若い先生方が初めてそういったご自宅、あるいはグループホームなどの所に行かれた際の意識の変化というのが、たぶん特徴的かと思います。と申しますのは、病院等で診ている状態からご自宅に行ったときに、ご本人の生活を目の当たりにするのです。そ

のことによって医師本人はどこまで診ればいいのか、どういうことに気が付けばいいのか、意識が大きく変わったと各所からお聞きしています。そういうことは何かと申しますと、まず一度行くという機会を若いときから持つていただくことが大事だと思います。そういったことから、私どもがやっている在宅医療連携拠点といった取組の中で、それぞれの医師の方々に一度行っていただく。あるいは行っているところを見ていただく機会を通じて、取り組んでいきたいと考えています。

○和泉委員

先ほどのご説明の中で、市町村の役割関与の強化みたいなものが鍵だというお話がありました。そのことは私にはわからないので、そもそもですけど、今回この取組というのは本当に大きな取組で、今後、30～40年はずっとこの方針でいかれると思うのです。今日も、この時間の中でとても話し切れるとは思えないぐらい大きなテーマだと思いますが、それをリードしていこうとしている厚労省の中には、連携室のような常時一緒にいるプロジェクトチームのようなものは、もうできているのか。あるいは今後、お考えになっているのでしょうか。医療と介護はカルチャーなど持っているものがいろいろ違う中で、常に一緒にいろいろな議論しないと難しいのかなと思ったのですが、それはどんな感じなのでしょう。

○医政局長

連携室という組織が要るかどうかということもありますが、今回も在宅医療を年度の政策の柱に据えるときに、老健局、保険局、それから実際には健康局、医薬の担当など、全部局の人に集まってもらってプロジェクトチームを作り、室長、補佐クラスで取組を繰り返しました。そういった連携は取りながらやるわけですが、考えてみると医療サイドは全部関わりがあるので、私どもの組織の中に政策統括部門というのがありますけれども、関係部局の者がプロジェクトチームを作って緊密に連携を取りながらいくというのが、いまのやり方だし、それで今回はある程度政策が前進しているので、足らざるところは埋めていかなければなりません。そういった格好で進めていけばどうかと考えています。

○阿部委員

2つ質問させていただきます。1つは、在宅医療のニーズがどれぐらい予想されるのか。ニーズというか、在宅で医療を受ける人の人数を大体どれぐらいとして予想しているのか。例えば2025年でもいいと思いますが、どれぐらいを予想するのか。それから期間です。利用者が在宅医療を受けている期間は大体どれぐらいを予想すればいいのか。この2つを教えてくださいと思います。

○医政局指導課長

1つ目の点ですが、社会保障と税の一体改革の議論の中で、一定の仮定を置い

て推計を行っています。現在、在宅医療を受けている方が約 17 万人ですが、2025 年には 29 万人ぐらいになるのではないかと推計をしています。

○阿部委員

期間はどれぐらいですか。

○医政局在宅医療推進室長

期間のほうは、その状況によって違うのですが、疾患別という意味で、例えばがんの終末期といったケースで、終末期をどのあたりにするかにもよりますけれども、大体数週間から数カ月という範囲になるかと思います。

○阿部委員

在宅での医療ということになれば、ここの論点ペーパーにも出ていますし、資料 1 の 8 頁もそうですが、家族等の介護者が確保できるかというのは、在宅医療・介護サービスが確保できるかどうかと同程度に大事なポイントなのではないかと思います。それについて現在は育児介護休業法で、家族の介護等を支援するという形になっています。ただ、介護休業を取得している人の割合は、女性で 0.15%、男性で 0.04%程度で、まだまだ介護休業制度を利用するのは現実にはかなり困難です。育児休業のほうはかなり取られていますけれども、まだまだ介護休業のほうは難しいという状況があるのではないかと思います。

さらに介護休業法では、1 回、上限 93 日の休業期間で何回も取れますけれども、そのためには要介護状態から回復しないといけない。法律上はそう書いてあるそうです。そうだとすると柔軟に介護休業期間を変えるというのは、かなり困難なように私は思います。そういうのも含めて少し見ていかないと、在宅医療を進める上ではそこがかなりネックになるのではないかと思います。それについてどのようなお考えがあるのか、お聞かせいただければと思います。

○老健局長

その問題は大変頭の痛い問題で、介護のために職場を退職したという人が総務省の調査では 14 万人とされています。取組は 2 方向からしなければいけないということで、いま、ご指摘があったように、もう少し介護というものに合った休業の取れる仕組みを考えていかなければなりません。介護というのは期間が長くなる傾向があります。それと予測が事前に立ちにくい。この 2 点を踏まえた取組が要るだろうと思います。もう 1 つは家族の負担になることを軽減するために、レスパイトですけれども、デイサービスやショートステイ、あるいはヘルパーさんに来てもらうということがありますが、いちばん足りないのがいま言われたショートステイの問題で、都市部では特に問題になっています。ヘルパーさんについて言うと今まで 1 日 1 回しか来てもらえない。要介護の人に 1 日 1 時間半だけ、1 回しか来てもらえないので、今年から定期巡回随時対応で 1 日に複数回、ヘルパーさんに来てもらう。例えば 1 日 5 回、早朝、朝、昼、3 時、5 時、準夜ぐら

いに巡回で来てもらおうと、かなり在宅で家族の支えにもなる。そういう介護サービスの改善と休業制度をどう持っていくかが大きな課題だと思っています。

○阿部委員

今回、ここに出てきている資料では、そのあたりが議論として足りなかったような気がしたのです。それでお聞きしたのですが、是非、そのあたり、もう少しご検討いただければと思います。

○医政局長

在宅医療、医療サイドから、ずっと介護につながっていくケースについては、従来、医療の場から在宅に戻るとものすごい不安があった。例えば1回退院したら戻れないのではないかと、まだ加療継続中で本当に家でやれるのかみたいなものがあった。これは技術的には相当なレベルがあって、1人でも結構在宅で過ごしていけるような医療の技術なり実績はあるのですが、そういうのが伝わっていないということもあるので、そういう医療サイドからの技術進歩なりノウハウを高めいくことによって、家庭の負担を軽くすることも併せて考えていますから、介護と医療サイドからのアプローチの両面からいきたいと思っています。

○宮山座長

ありがとうございます。先ほど和泉委員から、今後30～40年、この形が必要になり続いていくというお話がありました。また今回、介護における新サービスとして、いまお話にあった定期巡回随時サービスを創設していただいたのは、大変評価できることだと思っています。ただ、このサービスの利用が進まないという意味がないことになってしまうのですが、現在のサービス限度枠の中でサービス内容をどう調整するのか。これはケアマネの方にしっかりとやっていただかなければいけないのですが、事業所の事情もあって、その辺の見直しがなかなか進まない。聞くところによると、いま厚生労働省においてもモデル事業という形で積極的に後押しされているようですが、この切換えが進まないと、今度は新サービスを実施しようという事業者も生まれてこないことになり、非常に残念な結果になってしまうので、そういったときには今の全体のサービス内容、利用方法についての見直しも必要なのではないか。既に在宅でサービスを使っている人たちにはいろいろな事情があるかと思いますが、このたび退院して在宅に行く方について、例えば初めてプランを作る方については積極的にこういうものを入れていく。そういった工夫も必要ではないかと思いますが、いかがですか。

○老健局長

いまのお話ですが、定期巡回随時対応サービスは今年の4月から介護報酬の中で制度化して、今までの出来高払いでなく包括払いにしているので、看護師2.5人と介護職員でチームを組む形にしています。訪問看護と訪問介護がセットだということです。医療ケアにも対応できるようなものにすることがひとつの大き

な狙いです。4月に34カ所の事業所で始まり、今年中に200の市町村でこの事業が行われる予定になっていますので、出だしとしては順調にきているのではないかと考えています。ですから、これは在宅を受けるときに有効な手段だと我々は思っています。

もう1つは、病院から退院するときはどうやって在宅に移行できるか。そこをいかにスムーズにやるかということがあります。病院の医師というのは在宅のことがわからないから、悪く言えば今までは在宅のことはあまり考えなかった。言い方はあれですが、放り出す医療なんて言われていたところもあるのです。そのところは入院している間からカンファレンスをやる。そこにケアマネジャーも参加する仕組みを、今回、報酬の中でも取り入れて、その辺で在宅移行がスムーズにいくような対応を、これは診療報酬や介護報酬の問題として今回取り組んだということです。

○宮山座長

ありがとうございます。1点、丸目にしたということで、こういう言い方はよろしくないのですが、逆に質の担保を心配する方もいらっしゃるのです。その辺についてはどのような取組をされていますか。

○老健局長

その心配は、要するに手抜きにならないかということです。ですから今年始まる事業所について、我々は全部実態調査をすることにしています。その上で必要なチェックなりが必要であれば、また検討して審議会に給付分科会がありますから、そういうところでも議論してもらおうと思っていますところでは。

○脇坂委員

資料1の7頁に在宅医療に対するニーズの図が載っています。特に下の図を見ると、確かにいちばん多いのは「自宅で介護してほしい」ですが、それぞれ他もかなりばらついています。私が質問したいのは、55歳以上で回収数3,157人のデータがあります。これの例えば都市部と地方でどう違うか。55歳以上ですから、この中には独居老人とか取り出せるのではないかと思います。独居老人の人たちがどう考えているのか。だから何となく、いろいろなところでニーズが違いそうなのです。最終的に2025年に在宅医療ニーズがどんなふうになるのか知りたいという感じでは。今まで病院で死んでいた人が全部在宅になる。そんな激しい変化はないだろうと思いますが、何かきめの細かいことをしないとやっていけないというイメージを持っています。今すぐでなくてもいいですが、もし7頁のデータのクロスの都市部や地方、独居老人というのがわかれば、次回のときに。

○宮山座長

いかがですか。もし今日無理でしたら、来週、資料として用意してお答えいただくのでも結構です。

○医政局在宅医療推進室長

おそらくこの人数から言って、そこまで分析できるデータではなかったと思いますが、ちょっと確認してみます。

○宮山座長

よろしく申し上げます。ほかにご意見、ございませんか。

○和泉委員

宮山座長に先ほど教えていただいて、今度の在宅医療のイメージは極端に言う
と。

○宮山座長

道路を病院の通路、自宅を病室と考えて。

○和泉委員

イメージだよと教えていただいたのですが、それに則って考えてみました。何
で病院は安心なんだろうという、決まって医師が回診してくださるというのが
あり、緊急時にはナースコールですぐ駆け付けてくれる。それは、いまお話にあ
った訪問診療や 24 時間の定期巡回型サービスができたので、とてもいいなと私
は思ったのですが、その定期巡回のときに必ず具合が悪くなるわけでもないと思
うし、また知人に認知症の訪問医療を一生懸命やっている先生がいらして、その
方に同行して 1 日付き添わせていただいたら、ものすごく大変で時間もかかるし、
夜は 12 時でも 1 時でも電話がかかってくるし、土日もかかってくるということ
で、ご本人が倒れてしまうのではないかということも目の当たりにしました。

先ほど質の不安があると申し上げたのですが、一方で、一生懸命やればやるほ
ど、当事者の皆さんが続くのかなという思いもあって、その時にナースコールに
代わる IT 化みたいな、いつでも連絡が付くようなものはどうなるのだろうと思
ったのです。もし町全体が 1 つの病院という考え方をするのであれば、病室に代
わる各家から連絡がすぐいかないと困ると思ったのですが、少なくとも「在宅医
療・介護あんしん 2012」を拝見したところには、何も載っていませんでした。

いまも私の親がいるエリアだと、そういうボタンみたいなものをくれるので
すが、近所の人をお願いしなければ駆け付けて来れる人がいないからということで、
近所の人をお願いするのが申し訳ないからという理由で使わなかったりする話も
聞いています。せっかく制度があるのであれば、近所の人に個人的に頼むのでは
なく、システムの中でちゃんと整理できないのかなと思ったのです。そういう
IT 化の計画とシステム化ということは何かお考えがありますか。

○老健局長

医療がそこまでできるかというのは、ひとつの問題があるのですが、どちらか

というと私は地域が施設になるみたいなイメージを持っているのです。いま地域包括支援センターというのがあります。ちゃんとしたのは全国に4,000あって、ブランチが3,000ありますから7,000あるのです。ですから介護のケア体制は中学校区で、人口1万人当たりの日常生活圏域を対象にして介護の事業計画を作っているというのを、第5期の計画から打ち出しています。今まで市町村単位だったのですが、市町村単位だとちょっと広すぎるのです。人口1万人ぐらいの圏域ごとに介護の整備をしていく。ですから、最終的には人口1万人に1カ所ぐらいの地域包括支援センターが必要になるだろうと思っています。ただ、地域包括支援センターというのはどちらかというと日勤ですから、夜間というサービス事業者をお願いしなければいけないので、先ほど言った定期巡回随時対応サービスの随時のところですか。これは訪問ステーションにオペレーターを置いて、そこがいつでも在宅の対象者の人と連絡が取れる仕組みを入れることで、いまやっています。

○和泉委員

電話したりとかしなくて、よいということですか。

○老健局長

コール端末を入れています。その補助金も付いていますが、大体、いま100カ所ぐらいから補助金の申請が来ています。その中身について規格を統一しているというこくとはないので、テレビ会話ができるみたいなものを入れている所もありますし、単なる電話の所もあるのですが、そんな形でやっていく取組が進み始めたところですか。

○宮山座長

よろしいですか。それでは中山委員が参加されましたから、いろいろ重なりがあるといけないので、1点に絞って質問、ご意見をお願いします。

○中山委員

いま宮山座長から、大体これまでどういう議論があったかお聞きして、そこと重ならないようにということで情報共有について質問します。医療・介護の連携は非常によい取組をいろいろされていると思いますし、市町村が主体になってそれぞれの特性に応じて進めていく。あるいはこの中でモデルケースを作っているわけですが、どうも地域住民の理解がこれに関してあまり進んでいないのではないかと思います。つまり行政機関のパンフレットはありまけれども、なかなか自分のところに降り掛かってこないとわからないわけです。そうすると、そのところが将来的にどんなふうな考えで、どう動いていて、自分たちがそこにどう関わっていくのかという情報共有が、もっと必要なのではないかと思います。

それと医療関係の方も、これまで病院中心できていますし、そもそも教育も入

院治療中心できているわけですから、そこのところの意識が医療者も住民も変わっていくために、もっともっとそこの広報的なものが必要であり、あるいはそこは介護の世界も一緒ですけれども、その辺についてどういった取組をされているのでしょうか。

○医政局指導課長

今年、105カ所で地域医療連携拠点をやっていますけれども、この事業の中でもいくつかある事業の柱の1つとして、在宅医療に関する地域住民への普及啓発ということを行っています。資料で言うと、資料1の11頁に在宅医療連携拠点が行う事業を列記してあり、その4つ目に書いています。地域の住民の方に在宅医療の役割とか、いろいろな職種が連携することによって、こういうサポートができるということ、地域住民の方に普及するための取組をやっていただくことを考えています。また人材育成に関しては拠点でも行うのですが、同じ資料の9頁にある在宅チーム医療を担う人材育成事業というのを、今年度から実施する予定にしています。在宅医療においては医師、歯科医師、薬剤師、看護師、ケアマネ、介護士など、いろいろな職種が連携しながらやっていかなければいけない。多職種協働で行っていくことについての研修をやっていく。今年度は都道府県のリーダー、地域のリーダーということで、最終的には現場のさまざまな職種に対して研修を行うのですが、今年度はその研修プログラムを作成するリーダーを養成し、来年度からは更に地域で実際に従事される方々への研修をやっていく。こういった取組を通じて、在宅医療に対する関係職種の方々のレベルアップを図っていくことを、進めていきたいと考えています。

○老健局振興課長

補足ですが、住民にできるだけ身近な窓口ということで今日の資料にもありますが、地域包括支援センターが全国で4,224カ所、サブセンター、ブランチを合わせると7,000カ所を超える窓口があります。そういう所を通じていろいろ啓発する。あるいはそこを拠点に認知症サポーターの研修をするという形で、できるだけそういう身近な窓口を活用していきたいと思っています。

○中山委員

ありがとうございます。在宅医療というのはソフトが何と言っても大事なわけで、これまでのハード中心の医療からソフトに移る。ソフトということは、結局、住民にしても介護者、看護者にしても何がどう困っていて、どうしてほしいのか、そのニーズを地道に掘り下げることが極めて大事だと思います。先ほどの情報共有という意味で言うと、こちらから与えることプラス、やられているでしょうけれども、現場の声を幅広く深く受け止めて反映するということ、是非、よろしく願いしたいと思います。

○宮山座長

よろしいですか。ありがとうございます。医療の世界では医療機関完結型から地域完結型へということ、これはだいぶ普及してきたのですが、十分に国民に受入れてもらっているかということ、まだまだというところもあります。今回、医療から介護への流れを作るといって、さらに一步進めることになるので大変かと思いますが、国民へのアプローチをよろしくお願ひしたいと思ひます。

そこで1点だけ、制度の根幹に関わることで私見を述べたいと思ひます。参考資料の8頁に在宅療養者が在宅を選んだ理由がありますが、その3番目に家族の介護者が確保できたためとあります。その率も32,9%に上っています。最近、私がヘルパー研修をやっていると、初老のご夫婦と一緒に研修を受けに来られるのです。そういうことをよく目にするので、その方々に「受講した理由は何ですか」と聞くと、一方が介護が必要になったときに夫婦で支え合いたいということでした。介護保険制度導入時に十分に議論されたことではありますけれども、国民の意識も変わってきている。一種のタブー視された中身ではあったかと思ひますが、改めて家族介護について国民的な議論をやってみる価値があるのではないかと思ひました。私個人から言えば、これは介護財政にも好影響を与えるのではないかという面もありますので、ご検討いただけたらと思ひますが、いかがですか。

○老健局長

介護保険導入時には、家族に現金給付を出すのかということは大議論に実はなったのです。その当時、女性グループの方たちは、現金給付を出したら嫁に介護を押し付けることになる、だから反対だという声も強かったというのがあって、制度導入時にはそういうことはなかったです。いま振り返ってみて、現金給付にするかどうかは別にして、在宅単身一人暮らしで例えば認知症になった人を、本当に外部サービスで全部支え切れるかどうかということがあるのです。我々としてはそういうこともチャレンジしないと、これから特に東京都周辺のケア体制というのは、どうなってしまうのだろうと思ひているので、一方でチャレンジしていくことと併せて、もう少し家族に対するレスパイトや先ほどの吸入の問題、あるいは家族会の支援などは地域支援事業の中でやっていて、介護している家族同士が話し合うと、お互いによくわかっていいという話もあります。ケアラーという会があって、ケアをする人という意味のケアラーですが、そういう家族介護をする方たちを、もう少し社会的に評価してもいいのではないかという動きが出てきているので、私たちもそういう議論をこれからやっていく時期になったのかなと思ひています。

○宮山座長

ありがとうございます。委員の皆様、いかがですか。ほかに何か追加でご発言はありますか。よろしいですか。それでは1つ目のテーマについての議論は、これで終了いたします。次のテーマに入る前に担当部局の入替えを行いますので、委員の皆様はしばらくお待ちいただきたいと思ひます。ありがとうございました。

(担当部局入替え)

議論 2 製造段階から患者使用段階までの総合的な後発医薬品使用促進策の実施

○宮山座長

本日 2 つ目のテーマ「製造段階から患者使用段階までの総合的な後発医薬品使用促進策の実施」について、担当部局から現状についてご説明いただきます。説明については 5 分以内を目安に、ポイントを絞って簡潔にお願いいたします。

○医政局長

説明をしたいと思います。資料 3 の施策シート 1 ですが、後発医薬品（ジェネリック医薬品）は、先発医薬品と同じ有効成分を同じ量含む医薬品ということです。効能・効果などが先発医薬品と同じである一方で、開発に要するコストは先発医薬品よりも少なくすむために、価格は安く設定されています。したがって、この使用を進めることによって、患者の薬剤費の自己負担の軽減、また医療の質を落とすことなく医療の効率化を図ることが可能になるという 2 つの大きなメリットがあります。政府としても、この積極的な使用推進に努めるということで、平成 24 年度までに後発医薬品の数量のシェアを 30% 以上にするという目標を掲げているところです。

施策シート 2 のいちばん下ですが、現在のところ、我が国の医療用医薬品の取引数量に占めるジェネリックの数量シェアは、昨年 9 月の調査で 22.8% といったある程度の伸びはありますが、欧米の使用と比べると、我が国の後発医薬品の普及はまだまだ不十分であるということが言えると思います。医療関係者にとって、品質や安定供給の面での不安を抱き、使い慣れた先発医薬品を後発医薬品に代えるという必要を感じないという点、薬局においては、後発医薬品は品目の数が多いということで、在庫の負担、選択の難しさがあるということ。患者にとっても、使い慣れた先発医薬品を後発医薬品に代えても大丈夫との安心感が十分に得られていないといったことが考えられるわけです。

そのため、取組が必要だということで、厚生労働省では平成 19 年 10 月に策定した「後発薬品の安心使用促進アクションプログラム」などに基づいて、品質、安定供給、情報提供体制において、後発医薬品の信頼性の向上を図るとともに、その取組などを広く周知する環境整備をしているところです。

施策シート 2 には関係部局、主な計画等、施策シート 3 ではいま行っている予算の費目や医療保険上の取組について列挙しておりますが、その中身を概略をかいついで申し上げます。1 つは品質の確保という切り口については、品質、有効性、安全性等を厳正に審査して、また承認後の製造段階においても、先発と後発と同じ製造管理および品質管理の基準、GMP を適応して、規制当局による査察を実施している。こういう薬事法に基づく規制により、両者に差はないということが言えると思います。

アクションプログラムに基づく取組としては、実際に市場に流通している製品についても、品質検査を行うとともに、品質に関する研究論文等の指摘に対して、

国立医薬食品衛生研究所に設置するジェネリック医薬品品質情報検討会において、科学的な検討を行い、結果の公表をしている。次のポイントは安定供給の確保ですが、医療関係者からは迅速な供給や安定した在庫の確保などが課題として指摘されていることから、アクションプログラムの中で具体的な目標を掲げて施策を進めております。定めた目標のうち、品切れをゼロにするという目標はまだ達成されておりましたが、それ以外は順調に取組が進んでいると考えております。

こうしたポイント以外に、行政的な組織としても都道府県を取組をお願いしております。これは各都道府県で医師や薬剤師などの医療関係者、あるいは業界代表、保険者の代表、学識経験者からなる安心使用促進協議会を設置して、地域の実情に応じた検討・取組を行っていただいている。こういった協議会の存在も非常に有効だと思います。

医療保険ですが、施策シート3のいちばん下にありますが、施策通知の発行、後発医薬品の使用促進に向けた医療保険上の環境整備について、これまでも取り組んでまいりましたが、今回平成24年度の診療報酬改定においても、保険薬局における薬剤情報提供文書を活用した後発医薬品に関する情報提供の実施ということで、一般名処方の推進、処方せん様式の変更など、新たな措置を講じて使用促進を図っているところです。薬価の面でも、後発医薬品は品目数が多いということや薬価のばらつきが多いこと、後発医薬品の取扱いの妨げになっているという観点に基づいて、見直しを行っております。

今後に向けてですが、社会保障と税の一体改革の大綱の中でも、後発医薬品のさらなる使用促進が謳われており、そのためのロードマップの作成等、総合的な使用促進を図りたい。ロードマップについては、関係者の意見を聞きながらよく検討していきたいということですが、その達成について取り組みたいといった状況です。以上です。

○宮山座長

次に、仕分け室から論点の説明をお願いいたします。

○総括審議官（事業仕分け室長）

仕分け室からの論点ですが、資料4です。論点1ですが、後発医薬品の使用促進の施策はいろいろ進められているということなのですが、一方でまだ患者、あるいは医療関係者の中で不安が払拭されていないのではないかと。それをどうしていくかということかと思えます。2ページのグラフですが、医師が後発医薬品に変更してはいけませんと。要するに先発品を使いなさいと署名をした理由ですが、やはり後発医薬品の品質が不安というのがいちばん多くなっています。

3ページですが、薬局の立場として、後発医薬品への変更を進めるための要件を尋ねた問いです。厚生労働省によって、医師・薬剤師に対しての後発医薬品の品質保証が十分であることを周知徹底してくれという声が多くなっています。これは利用者の立場だと思いますが、後発医薬品を使用するに当たって重要なことは、効果があるかということと疑問があるということです。

2 頁の上のほうに○がありますが、このようなところから見て、患者あるいは医療関係者が後発医薬品に対する不安を払拭していくためには、品質確保の取組が十分、患者・医療関係者に理解されるように、広報のあり方を検討すべきではないか。また、よりわかりやすい情報提供を行うべきではないかといったことがあるかと思えます。担当局からの説明もありましたが、いま後発医薬品安心使用促進協議会が作られ始めているようですが、そういったところをもっと使って、地域の医療関係者の理解の共有を図る必要があるのではないかとということです。

4 頁の論点 2 ですが、安定供給体制の強化です。ただいま説明もありましたが、まだ一部に品切れ、品薄状態にある品目があって、医療現場、あるいは薬局で後発医薬品がちゃんと供給されるのかということについて、不安があるということで、後発医薬品メーカーの安定供給面での取組を評価するような仕組みを検討しなければいけないのではないかと。要するに安定供給に不安があるようなところのものは、どう使っていくのかということかと思えます。安定供給に対して不十分な企業について、改善指導を強化するとか、指導後も改善が不十分な企業について、何か措置を考える必要があるのではないかとといったところが論点かということです。

具体的に申しますと、4 頁にありますように、品切れ数はそんなに多くはない。減ってはきているのですが、ゼロではないというグラフとか、5 頁には医療関係者が品質面のほかに安定供給の面での改善を求める声があります。枠で囲ってありますが、「納品までの時間をもっと短縮してほしい」とか、「在庫が本当にあるのか」とか、価格がばらついていたり、いろいろな会社が出していて、品目数をもう少し整理・統合してほしいということがアンケートから出ているということです。以上です。

○宮山座長

委員の皆様から質問などを行っていただき、議論をお願いいたします。初めに、基本的なことを私から質問させていただきたいと思えます。後発医薬品の使用促進について、研究、開発、生産、販売の各段階でいろいろな取組をなされていると思えます。しかし、なかなか進まないというのが実態ではなかろうかと思えます。そこで質問なのですが、薬剤費の国民医療費に占める割合は、平成 5 年度には 28.5% 程度あったと認識しているのですが、それから順調に下がってきた。平成 11 年度には 20% を切ったと思っているのですが、ここ最近またジワジワと上がって、23% ぐらいに戻ってきてしまっているという感じがします。医療費が増大していることを考えますと、率は非常にわずかだけれども、金額を考えると非常に大きなものになる。後発品を推奨しつつも、何でこういう実態になっているのか、その背景、原因がわからないので、お教えいただきたいというのが 1 点目です。もう 1 つ、後発医薬品の導入率について、都道府県に大きな差があると思っております。それがどういう背景なのか、そういったものがおわかりでしたらお教えいただくと、もしデータがあればですが、例えば DPC を導入している病院とその他の病院。診療科別に、あるいは病床種別ごと、院内・院外、そう

いったことでの導入率のデータがありましたらお教えいただきたいと思いますが、いかがでしょうか。

○保険局医療課薬剤管理官

お答えいたします。まず、薬剤費比率のご質問ですが、委員がご指摘のとおり、一時期、かつては確かに 28.5%ぐらいありまして、それが 20%を割ったという状況で、いちばん直近に私どもで推計させていただいた数字は、平成 21 年度の数字ですが、割合としては 22.3%と公表しております。それを国民医療費に掛け合わせると、薬剤費 8 兆円ぐらいになっているということです。この要因については解析が難しいところもあるのですが、確かに後発品の使用が進んでいるところはありますが、医療の高度化もあり、例えば抗がん剤などについては、分子標的薬とか生物学的製剤等、効果も非常に良いと。だけど、開発コスト、従来よりも非常に効き目がいいということで、薬剤費もそれなりにかかる。そういうことで、高度化に伴う部分での薬剤費が上がっている部分もあります。もちろん高齢化に伴う薬剤全体の使用の増、そういった要因もあることから薬剤費、あるいは薬剤費率は、どういう表現をするのか難しいのですが、微増傾向にあるというのは事実としてあるのではないかと思います。それについては、また適正化を図っていききたいと。薬価の適正化という面も、別の議論として中医協でご議論をいただいているという状況です。

3 点目は DPC 等、あるいは病床の種別、あるいは院内・院外等の後発品の割合について、データがあるかというご質問でした。そういうデータはほとんどありません。公表されているもので申し上げれば、今年の DPC 分科会で公表している数字によると、後発品の使用割合は、病床規模によって若干ばらつきがありますが、金額ベースで 9%から 16.8%ぐらいの幅に入っているというデータが公表はされております。その数字をどう評価するか、時点が違ったりしますので、なかなか難しいところがありますが、直近の後発品の使用割合は金額ベースで見ると 8.8%ですので、それに比べると、いま申し上げた DPC はそれを上回っているような使用割合であるというデータは公表されているという状況です。それ以上の診療科別というのは、いますぐには持ち合わせはありません。そういう状況です。

○宮山座長

わかりました。

○医政局経済課長

都道府県についての差ですが、本日お配りした資料 3 の 8 頁には、国全体のシェアとしてグラフがあり、2 年に一遍行う薬価調査に基づくものですが、量は 22.8%です。これとは別に、調剤医療費という観点から各県別に調査しておりますが、その全国ベースですと、平成 22 年度で 22.4%。数字としては差はないのですが、それによるとご指摘のとおり、いちばん高いのは沖縄で 35.9%、いちばん低いのが徳島の 18.3%と差があります。我々としても、こういった理由

があるのか、その理由に応じた対策がとれないかということで、県民所得との関係とか取組を調べたのですが、正直言って現時点で明確な理由はわかっておりません。例えば沖縄は35.9%で高いと。確かに所得も低いのですが、同じように低い徳島などは進んでいない。

先ほど協議会というご指摘がありました。これは我々、一定の効果があると思うのですが、沖縄では実はまだ作っていません。理由は使用率が高いからです。いま調査していて、我々としてもそういった原因を突き詰めて、それに応じた対策を立てていきたいと考えております。

○宮山座長

確かに県民1人当たり医療費とか、暮らしぶりとか、いろいろやってみても、なかなか出てこない。いったい何なのかと。ほかの要因があるのかどうか。そんなものを自分としても知りたいと思っていて、その辺の分析が可能でしたら、よろしく願います。委員の皆様、何かありましたらどうぞ。

○脇坂委員

少し基本的なことを聞くわけですが、先ほどあった在庫とか安定供給ということを除けば、先発品もジェネリックも効果は全く一緒だと仮定すれば、普通に言えば価格が安いほうを、少なくとも自己負担する患者は安いほうを選びますよね。私が知りたいのは、病院とか医師とか薬剤師は、処方するときによくなるのかはちょっと知りたいのです。つまり、価格が高いのを処方しても、低いのを処方しても同じなのか、高い処方せんを書いたりすると、病院とか薬剤師は儲かるような仕組みになっているのか、そこが知りたいのです。

○保険局医療課薬剤管理官

ご質問の点ですが、まず医師、あるいは薬局で調剤するというときに、医療保険でいくわけですので、その中では療養担当規則、あるいは薬担規則というところで、まずは後発品の使用を考慮する、あるいは調剤に努めなければならないというルールになっているところです。その中で、現実問題、そうなっていないところも実際あるわけで、その原因となっているのは、私どもは品質に対する不安感があるのだろうというところだと解析しております。

○脇坂委員

だから、品質の不安を除いたとすれば、価格だけだと考えた場合に、高いほうを処方したほうが儲かるような仕組みになっているのですか。

○保険局医療課薬剤管理官

いま医薬分業しておりますので、分業しますと、医師がどちらを処方するかというところに対しては、処方せんを切るという段階になりますので。

○ 脇坂委員

処方せんを切る段階は、全く関係ないのですね。

○ 保険局医療課薬剤管理官

はい。ただ、この4月からはそこでお医者さんが処方せんを切るときに、先発か後発か、個別の銘柄を指定するのではなくて、一般名という成分名で処方をするということを選べば、通常の処方せんよりも2点、加算するという制度を設けております。

○ 脇坂委員

そういう制度があるのですね。

○ 保険局医療課薬剤管理官

そういう意味では、一般名処方をすれば、それに伴って。

○ 脇坂委員

ジェネリックをやったほうが得するのですね。

○ 保険局医療課薬剤管理官

ジェネリックといいますか、一般名処方では先発・後発を特に指定しないといいたまいますか。

○ 脇坂委員

わかりました。

○ 保険局医療課薬剤管理官

選択しやすくなるようにすれば、診療報酬上メリットはあります。薬局のほうは、後発品についての使用数量といいたまいますか、たくさん使う、数量割合ですね。どれだけ調剤したかという数量割合によって、調剤の基となる基本料、調剤基本料ですが、そちらに加算すると。したがって、多く調剤をすれば、調剤報酬上もプラスのメリットがあるという形で対応しています。加算するというのは、後発を揃えなければいけない、在庫を抱えなければいけないというコストも当然かかるわけですので、それに対応したフィーという形になっているわけですが、事実としては後発品をより多く調剤したほうが、調剤報酬上のメリットはあるという形です。

○ 脇坂委員

そうですか。本当に得するのですか。

○ 医政局経済課長

資料 3 の 29 頁ですが、ジェネリックを使った場合の薬局、医療機関においてのインセンティブです。下が医療機関で、真ん中の、（新）一般名処方加算ということで、銘柄別ではなくて一般名の処方には 2 点追加する。上が薬局で、調剤において、後発品の取扱いが増えればさらに点数が上がるということで、段階に応じて取り扱えば取り扱うほど評価されるという仕組みをとっております。さらに上の薬剤情報文書なのですが、後発品がありますという情報を提供しないと、諸々の薬局の他の調剤行為の評価がつかないという形になっていて、後発品を使えば報酬が増えるというインセンティブはつけております。

○中山委員

要するにインセンティブはすごく重要だと思うのですが、いまご説明のあった 29 頁の薬局の取組、先ほどの 32 頁に一般名処方の推進とあります。これをやったときに、どのぐらいこの施策によって効果が出てくるというシミュレーションなどはされているのでしょうか。あるいは一般名処方は何パーセントにしていくとか、そのようなものはあるのでしょうか。

○保険局医療課薬剤管理官

具体的にシミュレーションといいたいまいしょうか、何パーセントになるという形でのことは特に行ってはおりません。一般名処方を何パーセントにするかというシミュレーションは行っておりませんが、事実としては現在、一般名処方に加算をつけたことにより、診療所中心ではありますが、かなりの割合で一般名処方が発行されているという状況にはなっているということです。

○中山委員

4 頁の施策シートのいちばん下に、課題としてロードマップの作成があります。そういう意味で言うと、ロードマップは目標があって、それに対するロードマップができるわけなのでしょうけれども、目標を平成 24 年度は 30% ですが、その先をどのようにお考えなのでしょう。

○保険局医療課薬剤管理官

ご指摘の部分については、現在の目標は平成 24 年度末という形になっておりますので、新しいものを作らなければいけないということです。それは保険者、あるいは医療機関サイド、あるいは公益の先生、あるいは薬剤に詳しい業界、あるいは学識の経験者という方々でご議論いただく必要があるだろうと思っております。具体的な取組として、中医協の中の薬価専門部会で、通常のメンバーに後発品に詳しい学識、あるいは業界関係者もさらに加えた形で議論を始めたという状況です。

具体的な目標がどうなるかというのは、議論の行方といいたいまいしょうか、議論の方向性、結果を受けて、薬価専門部会での取りまとめをいただき、それをさらに私どもとしては医療保険部会にもお諮りして、新たな目標値を定めていきたいと

考えているところです。

○中山委員

10 頁の資料を見ると、各国のジェネリック医薬品シェアという表があって、これを見るとイギリス、ドイツが 65%、63%。金額も約 4 分の 1 ということです。医療費削減というか、医療費の増加を抑えるというのが、いま大きな全体としての命題だと思うのですが、そういう中で、先ほど医薬品が 8 兆円というお話がありました。さらに、この前、医薬品の比率そのものも外国の 2 倍ぐらいで、日本は医薬品の出す量も多いし、価格も高いという話も聞いています。そうしますと、結局、医薬品の処方が多すぎることもあるし、かつジェネリックの問題もあって、その辺を海外の事例も含めて目標を高く設定して、それに対してどう進めていくかというロードマップを描くことは極めて重要だと思うのです。先ほど薬価専門部会でというお話がありましたが、薬価専門部会というのはやはり専門部会ですから、どうしても自分たちのこれまでの枠組みの中で、できる範囲で施策を考えていくということだと思うのです。それに対して、そもそも 60%にするのだとか、50%にするのだとか、何年までにという目標を立てたら、やり方は変わると思うのです。専門家はやりにくい、やりたくないことも含めて取り組んでいくことになると思うのですが、そういう意味で、目標をいくらだとか、何パーセントとか高く置いて、そこへ向かってアプローチするようなバックキャストイングといいますか、そういう方法でないとなかなか変わっていかないと思うのですが、いかがでしょうか。

○保険局医療課薬剤管理官

薬価専門部会という名称がかなり専門性が高いという風に捉えられるかと思いますが、先ほども申しましたように、ここには医療保険者の代表、医師、あるいは薬剤師などの医療提供側の代表、それから一般的な公益の先生も入っていただいた上でご議論いただいているので、必ずしも薬の関係の専門家だけというわけではなくて、広く医療保険関係者に集まってご議論いただいているという形になっていると思います。

さらには、その結果を薬価専門部会、中医協だけではなくて、医療保険部会でもご議論いただいた上で、その目標を最終化、ロードマップを最終化するということを考えているところです。

○医政局経済課長

補足しますが、8 頁に 22.8% ということで、あと 1 年後には 30% ということで、周りからは、このいまの伸びからいくと難しいのではないかと言われているぐらいで、ご指摘の高い目標を設定という意味では、いまでもそうしています。今後も、かといってあまり乖離してもどうかということなので、我々は先ほどのような乖離の理由を分析しながら、そういうことも含めて目標についてはご議論いただこうかと考えているところです。

○中山委員

実は私もこのグラフは右肩上がりなので、徐々に増えていると思っていたのです。先ほど宮山先生がおっしゃるように、28.5%から下がってきたということであってですね。

○宮山座長

それは違います。

○中山委員

いまのは発言を取り消します。とすると、やはり例えば2025年、いろいろ検討されていますが、何パーセントぐらいあったらいいと思っておられるのか。

○保険局医療課薬剤管理官

そこは今は、公の場ではなかなかお答えが難しいところです。

○中山委員

いずれにしても10頁の下のほうを見ると、例えばドイツだと「外来薬剤品の1割を患者が負担する」に加えて、「一定価格を超過する分も患者が負担」とか、かなり患者にもインセンティブが働くし、いろいろな取組をされていると思います。薬をもらったらもらっただけ、あとはあまり知らない、ほとんどそういう患者が多いわけですが、その患者の意識がもっと高まるような、しかも何かインセンティブになるようなものを付け加えていかないと、病院に行っても、ただ支給されて、1割払って、あとは知らんという人ばかりだと思うので、その辺が極めて重要な気がいたします。

○保険局医療課薬剤管理官

いまの関係でご指摘はごもっともだと思っており、そういうところもありますので、本日の資料の中で言えば31頁ですが、患者のコスト意識をより高めていただくことの取組として、薬局で薬剤師が調剤してお薬を渡したときに、仮にそれが先発品を調剤した場合であったとしても、「それには後発品、ジェネリックがありますよ。その場合に、金額の差はこれだけありますよ」という情報を毎回、お薬を受け取るたびにお出しする。そういう取組をやっておりますので、これによってかなり意識の面で改善は図られるのではないかと思っています。こういう取組の結果も踏まえながら、解析しながら新しい目標などは考えていくのかと思っています。

○宮山座長

いまの件で、あえて発言させていただきませんが、それでもまだ国民の意識の外で、ものごとが進んでいるのではないかと。例えば医療機関側ですと、一般名処

方で2点というインセンティブが付いた。薬局では調剤数量割合ですね。品目ではないのです。ですから、変な話をしますと、主治医が一般名で処方します。それに対応する後発品が大量にある。それを薬局が揃えなければいけないからという、患者がそこまで数多くの中から特定の物を選ぶ能力はまだできていない。薬剤師に相談します。「これがよろしいですよ」と言って量が増えていっても、薬局へのインセンティブは付いているのですが、国民の意識は変わらない。ですから、今回の資料の31頁にそういう紹介をする。「ああそうですか。安いから」ということで済んでしまうのではないか、やはり何かひと工夫必要なのではないかという気がします。ですから、このインセンティブの基準では、どうにでも対応できてしまう。変な言い方をしてしまうと、そんな気がしてしまう。そんな思いがあります。

○和泉委員

いまインセンティブのお話が出ていましたが、もうちょっと踏み込めないかということ、批判覚悟で、あえて投げかけます。金融の世界では、証券会社には最良執行方針というものに従う責任が負わされています。保険の仲立ち人には誠実義務、ベストアドバイス義務が義務化されています。これはそれぞれ顧客の立場にとって、いちばん良いものを選びなさいということで、例えば証券で言えば、価格とか、コストとか、スピード等、さまざまな要素を総合的に勘案して、顧客にとっていちばん良い結果が出るように注文執行させることを義務付けているのです。

これを医療の世界そのまま持ち込むというのは乱暴なのかもしれませんが、例えば仮に有効性とか安全性が本当に同じだという前提に立つならば、当然コストの安いほうを選ぶというのが誠実な対応かと思えます。特に医療費については、患者本人はもちろんのことですが、国とか自治体、事業主とか被保険者、つまり国民一人ひとりが負担していて、自己負担分については一般の人だと原則3割、小児で2割、高齢者で1割、生活保護などを受給されている一部の方だと無料という形で、逆に言えば残りの分を全部国民一人ひとりが負担しているということになります。

そうすると、ほかが本当に同じであるならばという前提ですが、こうした負担者に対して、コストの面で安い物を選ばせるというのは、インセンティブではなくて強制力を持たせるというか、もうちょっと踏み込んでもいいのかと思うのですが、これはどうでしょうか。もちろんリスクをとって新しい薬を開発してくださる製薬会社の貢献とか利益については十分配慮が必要だと思うのですが、何となく施策があってインセンティブというのでやっているから、なかなか難しいので、保険という特殊なもので、国民一人ひとりの負担だということだと、もうちょっと踏み込めないのかと思ったのですが、いかがでしょうか。

○保険局医療課薬剤管理官

そういう議論は、よくご批判・ご指摘をいただいているところです。その中で、

今回、仕分け室から論点で挙げられたところに、まさに通じるところだと思うのですが、後発医薬品の品質にまだ不安を持っておられる先生がおられると。この論点ペーパーの2頁のグラフが、まさにお示ししているとおりで。私どものほうでは医療保険でやる限りにおいては、先ほど申しあげましたように、まずは医師も後発品の使用を考慮するとか、あるいは薬局においても、後発品の調剤に努めるというのはルールとして定めております。ここにありますが、後発品に対しての漠然とした不安感をまだお持ちの医師がおられることから、それを完全に義務化するところには一定の距離があるのかと、そこまで踏み込むのはまだ難しいのではないかと、先ほどのような努力義務で止めているところではあります。

○和泉委員

だとすると、安全性の検討を担保することが最優先なのかと思うのです。基本的に成分も同じで、安全性・有効性は同じだというご説明があったので、それに基づいて申しあげると、もしそれが担保されるのであれば、それはいつのときかは踏み込んだほうが良いと私は思います。

もう1つ、いまのお話に関連してなのですが、不安だというような指摘がある中で、これは確かな資料を見たのではないので、もし間違っていたら教えていただきたいのですが、アメリカなどではFDAというのですか、食品医薬品局が後発薬についてランク付けを行っているという資料を見ました。アメリカがやっているかどうかは別として、日本ではそうした安全性の検討を第三者のところきちんと委ねて、ランキングをすることをしないのでしょうか。あるいは、先ほどおっしゃっていたプロジェクトがあるようですが、この中で行われているのですか。

○審査管理課長

医薬食品局からお答えします。もともとアメリカのFDAで発行しているオレンジブック、後発品の品質についてランク付けをしているというものですが、それに倣って今から20年ほど前に、我が国でもそれを取り入れようということで、日本版のオレンジブックを作るということで、薬事法に基づいた再評価制度があるのですが、既に出回っている医薬品について、品質・有効性・安全性について見直すという制度なのです。その中で、特に品質の面について、これまで出回っているものについて見直そうということで、平成7年にそういう制度を始めました。相当数の品目について、品質の面で、具体的に言いますと内容固形剤と申しますか、口から飲むような物については、胃の中、あるいは腸で、ちゃんと溶けて吸収されることが必要ですから、吸収性は試験管の中で言うと、物に溶かしたときにちゃんと溶ける、一定の条件で一定の割合でちゃんと溶けることを確認するという溶出試験を、薬事法上の規格設定と申しますか、規格および試験方法で、これをやれば合格だという試験に設定をすることを、行政上ずっと指導してまいりまして、いまそれについてほぼ終わっているところではあります。

まいりましたので、実際に日本版のオレンジブック、ちゃんとオレンジ色の本も出ているのですが、もちろん電子版はホームページでも公表しているのですが、ご活用いただける方には、ちゃんとご活用できるようにさせていただいているという状況です。

○医政局経済課長

補足しますが、資料3の16ですが、ランク付けまではいきませんが、後発品の品質をこのような形で収去して検査しているという例もあります。17ページですが、論文などで問題ではないかと言われた例があれば、専門家の方にそれを評価していただくということをやって、いろいろ手を替え品を替え、品質に対する不安に対して応えていこうという努力はしているところです。

○阿部委員

1つ、2つお話をしてコメントをしたいのですが、1つ目のお話は、私の家族は全員、花粉症で、春先になるとどうしてもお医者さんに行って薬をもらうのです。今年、先ほどご説明なさったように処方せんに一般名が書いてあって、それでもらった。家族は先発医薬品を買ったらしいのですが、私はジェネリックを買ったのです。どのぐらい違うのかというと、消費者側から見ると大した違いではないのです。そんなに大きな差には思えないのです。というのは、なぜかと言うと、保険のあとのお金で払っているのです、そんなに大きな違いと消費者は感じないというのが第1点なのです。それから、先発医薬品もいろいろ工夫をされていて、私が今回飲んだ後発のほうは、水で飲まなければ駄目だという薬で、家族のは口で溶けるというもので、簡単に飲めるのです。

そういう意味で、先発だから後発だからという区分けよりも、むしろサービスの部分です。口で溶けるとかいうサービスに付加価値を付けて、それで薬を売って、その分はちょっと高くたって、払ってもいいかと私なんかは思ってしまったりはするのです。だから、ある意味、もしかしたら先発医薬品とジェネリックの医薬品が、徐々に質とかという問題ではなくて、サービスの部分というのですか。付加価値の部分で競争する段階にある薬も、もしかしたらあるのではないかと思ったのです。

その下で、後発医薬品が出てくる薬品の薬価の決め方というのは、何に基づいてやっていくべきなのかというのを、その時点で私はちょっと思ったのです。薬価というのは規制価格ですから、この決め方は非常に大事なのです。ただ、一方で実際には競争が進んでいて、付加価値の部分をつけたり付けないと。それは規制価格でやったりする面ではないのではないのか。むしろ後発医薬品が出たところでは、薬価を規制価格を取り外して、ある意味自由競争。もちろん質を担保した上でやっていっても、もしかしたらいい。そうすると、このジェネリック問題はなくなると思いませんか。

この薬価というのがいったい何で決まっているのだらう。電力料金の決め方で、いま大きな騒ぎになっていますが、薬価は何で決まっているのか。私はある病院

の薬品の入札を見たことがあって、同じ薬品なのに、薬屋さんによって入札価格が違ってくるのです。「何でなんですか」と病院の方に聞くと、「いや、それは卸し会社の営業努力です」と言うのです。「薬価の中に営業努力が入るんだ。これは不思議だな」。

もう1つあるのは、飲み屋さんに行って、「最近、景気どうですか」と聞いたら、「いや、薬屋さんが最近来なくなっちゃったんで、景気悪いんですよ」という話をしていたのです。最近新聞で製薬会社とか卸売会社の交際費の上限が決まったみたいな話を読んだのですが、それは大事な話で、薬価というのは何で決まっているのか。特に先発でまだ特許があるとか、そういうところでは守っていかないと、次の薬の開発には支障を来すので、それは大事だと思うのです。だけど、そのあと競争に入っているところでも、まだこういった規制価格が必要なのだろうかと思ったりもしています。特に実際に後発と先発で、付加価値で競争する面が実際出ていると思うのです。そういうことを考えると、その辺りを考えてジェネリック問題を考えたらどうかと思いました、というのがコメントです。

○保険局医療課薬剤管理官

貴重なご指摘ありがとうございます。まずは薬価がどのように決まっているのか、あるいは自由価格でいいのではないかというところについてお話をさせていただきます。いま確かに先発であろうとジェネリックであろうと、公定価格です。これはユニバーサルアクセスという形で、どこでどの医療機関にかかっても一定の診療を受けられることを担保しなければならないと。あるいは自由価格にした場合には、実際の価格の把握といたしましうか、それが適正になっているのかどうか、被保険者ごとに正しいのかどうか確認するのも、事務的には非常に煩雑かと思しますので、そういうところもあって公定価格にしているというところがあるのだろうと思います。

その中で、価格はどのように決めているのかということですが、先発品については既存の物があって新しい物が出たときに、基本的にはその薬価と大体置き換わっていくといたしましうか、市場でだんだん置き換わっていくということが起こりますので、既存の物と1日薬価を合わせるような形で、新しい薬価を定める。原則そのような形をとっております。

一方で、後発品については、先発品の価格が定まったあとに、最初の値付けのときには原則としてはそのときの先発品の価格の約7割ぐらいの価格。これは開発コストが安いということもありますので、7割で設定しているという形になっています。そのあと、先発品も後発品も同じなのですが、最初の値付けのときは確かに一定のルールで公定価格を付けますが、そのあとはある面、自由競争的なものといいたしましうか、市場の評価に委ねるという形をとっており、2年に1回、市場でどれだけの取引価格で売られているのか、すべて調査をして、その市場実勢価に応じて新しい薬価を定めていくという形になっています。

したがって、先生がご指摘のように、例えば後発品が付加価値があるということであれば、その中で飲みやすいということであれば、市場でもそれなりに評価

されるでしょうから、そういうところでのある面、自由競争的な面の評価も加味された形で、薬価の改定はなされていっているということで、公定価格ではあるのですが、ある面自由競争的な面も包含したような形で、この薬価制度は対応しているという状況です。

あとは、競争という中に、先ほどの卸しの営業努力というのは、そこはちょっと語弊がありますが、卸しの競争は、あとで補足していただければと思いますが、納入をきちんとやるとか、あるいは薬の情報をきちんと提供するといった面での努力といたしましょうか、そういうところでの差別化が行われているのではないかと私は考えております。

○医政局経済課長

ちょっと補足しますが、一旦売り出された薬については、いま薬剤管理官がご説明したように、2年に1度、薬価調査をして改定しております。どういうことかと言うと、すべての卸し業者に対して、すべての医療機関、薬局に対する取引の価格を出していただいて、それが実際の取引価格なのだろうということで、それを基に薬価を決めております。そうしているのですが、そこは市場実勢価格主義で、物の値段はマーケットが決めるだろうという考え方に基づいているのです。営業努力との関係で申し上げますと、仮に調べた結果ある薬が100円と決まるのですが、その構成を見ると、当然、原価があり、メーカーの利益があり、そして卸しのコストがあり、卸しの利益があり、そういう価格になっているところなんです。そうすると、一旦、市場価格の下にある価格が決まれば、またその価格を基にメーカーなり卸しの競争が発生しますので、当然、営業努力という意味では、卸しで言えば配送によるコストを削減してやったり、そういうさまざまな努力の中で、同じ薬であっても卸し間では価格差が出るということがあろうかと思えます。

もう1点、別のことですが、先発については口で溶ける薬があり、後発品は水で飲む物だったとのことですが、逆に先発品が水で飲む物に対して後発品メーカーが口で溶ける物を出すという場合もあります。それは先発・後発に限らず、各企業の経営方針、戦略ではないかと考えております。以上です。

○宮山座長

いずれにしても基本的な話は、例えば医療費適正化、患者負担の軽減ということで、後発医薬品をいま話題にしているとしたならば、長期収載品の価格を大幅に下げたしまえば、そもそもこの話はないでしょうという意味合いも含まれているので、そういったことをトータルでご検討いただきたいという趣旨も含まれていると思いますので、よろしく申し上げます。

○秋山委員

先ほど質問に答えられたときに、DPCを取り入れている病院は、全体が8.8%のジェネリックの普及率なのに対して、9%から16.8%と幅があると。つまりはDPCは包括方式なので、利鞘と言ったらおかしいですが、病院としての利鞘は安

い物を入れたほうが良いという意味合いで、たくさん取り入れていると解釈ができるわけです。資料3の9頁のいちばん下の参考に、生活保護の方の後発医薬品の使用割合が生活保護分が7%で、ほかは7.9%だとあると。とすると、ここで国民というか、使う側からの目線から外れて、やはり薬を出す側の経済的な何か働いて、そういうことが起きているというように私は読み取るので、その辺についてDPCを取り入れた病院は、ある意味、「病院の方針でそのようにしていません」ということで、そこに入った入院患者とか、そういう人たちとは関係なく、ジェネリックをどんどん入れているわけです。ということは、利鞘がやはり多いのだと思うのです。国民にはあまり知らされない状態でそういうものが動いているにもかかわらず、全体のジェネリックの普及が進んでいかないというところが、もうちょっと考えていただきたいと思います。

○保険局医療課薬剤管理官

いまの点で、利鞘というお言葉がありました。必ずしも利鞘ではなくて、そもそもDPC全体が医療費包括になりますので、そういう意味では利鞘というと、何か薬価差のような感じで受け取られますが、そうではなくて、トータルが包括なので、薬代を安い物を使ったほうがそれは安くすむというのはあるのではないかとということだと思えます。そこだけはちょっと言わせていただきました。

○中山委員

1点だけ、私なんか全くそうなのですが、やはり国民の認知度が低いと思うのです。そうすると、23頁に主な広報活動というのがあって、一般向けと書いてありますが、見たところ、これはかなり一般の人には届かないのではないかと。何となく内向きの情報に見えて、そういう意味ではメディアを使うなり、広告を打つなり、何か考えていかないと現実には難しいのではないかと。例えば7頁にガスター10とファモチジン錠がありますが、ガスター10というのはもうすり込まれて、「あれはいいぞ」と思っているわけです。そこに薬品会社は公共広告費を何十億円かけてやっているわけです。一方、ファモチジンと聞くと、「何だそれは」となるわけで、「ジェネリックって実は本当いいんですよ」とか、「そんなに差がないんです」と、そこを公共の広告的なものを入れたり、あるいはマスコミの皆さんも、特集とか朝のワイドショーで、薬代が下がって、みんな社会保障で税金と言っているけれども、これをやったら消費税何パーセント分は下がるんだみたいな、そういう啓蒙を、少しメディア戦略を考えられたらと思うのですが、よろしくお願いします。

○医政局経済課長

広報については、どれだけ厚生労働省で確保できるかというのは、単に予算の枠だけではなくて、過去、広報についてさまざまな問題を抱えたものですから難しいところがあります。いまは政府全体、内閣府でまとめるという形になっています。そうしますと、政府全体の中の施策なり優先順位なので、なかなか我々の

立場のプライオリティと一致しない部分があるというのが1点。他方、さはさりながら、内閣府などにご理解いただいて、テレビスポットなどはするのですが、そこは民間企業の戦略に比べると劣位は否定できないかなと。ただ一方、企業のブランド戦略によってやっているのであれば、いま後発品メーカーについても、たまにご覧になると思うのですが、コマーシャルを打ったりして、認知度を高める努力してもらっていますので、その辺は是非、民間企業にお願いしたいところです。先生がおっしゃったように、そういう意味でこういった議論をきっかけにメディアも取り上げていただければ、我々も積極的に情報を提供するなり、また話をするなりという形ではやっていきたいと考えております。

○中山委員

おっしゃるとおり、予算を確保するとなると難しいので、いかに民間を上手に使って、メディアを上手に使って、下からやっていくような、そこが大事かと思えます。よろしくお願ひします。

○阿部委員

薬局で2類とか3類とかは、手に取って価格が付いているから、よく比較してわかるのですが、見えないのです。だから、それをお見せしてもらおうとかいうだけでも、相当違うと思うのです。例えば一般名でこういうのがあって、これはいくら、いくら、いくらと、それだけでも相当違うと思うのです。それは薬局が絡むのでしょうか。

○医政局経済課長

そうですね。当然、価格は公表していますから、それをいかにわかりやすくするかという形で先生のおっしゃったのはメニューのように選ぶ段階でということですね。確かにそこまでは、どこまで十分できているかというのは自信ないのですが、繰り返しになります。資料3の31頁などは、これは薬局でその場でお薬を受け取ったときに、こういう形でやると。私も明確に価格差はこのぐらいですと明示したものをいただきますから、そこでいただくと、事後的ですがわかります。

もう1つ、今回載っていませんが、ある保険者、国保にしる、健保組合にしる、通知を出して、あなたの薬代はいくらでしたが、これを全部後発に変えたら差がこのぐらい出ます、さらに、組合全体ではどのぐらい差がありますという通知を出して、事後的にもやる場合があります。先生がおっしゃるように、できれば事前にできればいいと思いますが、そういう努力はしているところです。

○宮山座長

時間が過ぎていますが、1点だけ、国民側へのアプローチも大事なのですが、医療現場でもそれを進められない、抑える状況があることも事実だと思うのです。1つは、成分特許は切れたけれども、製法特許が残っていると。したがって、

「効能は同じだけど効めが」みたいな発言がポロッと出ると不安になってしまいます。またものすごい品目数が流通しているわけですが、その半分以上がジェネリックだとすると、先ほど話がありましたが、言葉が大変。私の記憶では、処方せんは一般名というルールがかつてあったのが、いつからか商品名でもいいですとなって、現在に至っていると思うのです。その商品名で慣れた人たちが、一般名と言ったときに不安を感じます。医療従事者側が不安を感じる。したがって、いろいろ誘導はしているけれども、一般名の義務化をどうするか。でも、そうしたときに数量が多すぎる。そういった面での制限をやることも私は必要ではないかと思っておりますので、いろいろな面からご検討いただければと思います。

○和泉委員

あまりに卑近なことかもしれませんが、先ほど9頁の生活保護の方と一般の方との使用率みたいなものを見ていて思ったのですが、もちろんいろいろな理由があると思うので、一概には言えないと思いますが、自己負担するかしないかとか、結構大きいことかと思うのです。いま一方で消費税がアップしていくということで、私たち国民は政治に対して、「その前にやることがあるだろう」と言いますが、私たちも一人ひとりお薬をいただくときにも安い物を選ばないで、何も考えないで行動していることが、逆に言えば回り回って消費税をアップさせていくことにつながっているのだということが見えると、動くのではないかと思ったのです。例えば昨年夏、節電をみんなが少しずつしたら、ピーク時、乗り越えられないのではないかと言っていたのが、何とか乗り切れたように、保険だって自己負担は何割かになってしまっていて、実際の負担の際の差は小さくなるかもしれないけれども、そういう意識の積み重ねで、いま私たちが嫌だと思っている増税とか、保険料のアップとか、負担増を乗り越えられるし、逆に言えばそれをしないと、結局は自分に返ってくるということを全体として見せることが、単にジェネリックを使いましょうというアピールだけよりはいいのかと、先ほど中山委員のお話を聞いていて思いました。ちょっと付け足しです。

○宮山座長

本日の議事はこれで終わりになります。最後にご出席いただきました西村副大臣に、議論を踏まえて一言コメントをいただきたいと思います。よろしくお願ひします。

○西村厚生労働省副大臣

今日は、またとても幅広い2つのテーマについてご議論いただき、ありがとうございました。1つ目の医療と介護の連携については、今回は在宅ということを中心にご議論いただきましたが、先ほどのご議論の中で、家庭内での介護者に対する給付というか、そういうものをそろそろ検討したらどうかというご意見もありました。他方、我が国はいま高齢者の一人世帯が急速に増えておりますので、そこへの対応も併せて考えていかなければいけないのかと思っております。

また、ジェネリックの使用促進ですが、これはいろいろなところの利益といえますか、利害も絡むことなのですが、おっしゃるとおり医療費の抑制というところに最後はつながっていく話ですので、どうしたらそれを患者さんも含めて、1人でも多くの関係者の皆さんに知っていただくかということに、いまの時点では尽きるのかと。実は一部、範囲を限定して、ジェネリックの使用を義務化してはどうかというお話もあるのですが、今日はそこまでのお話は出なかったかと思いますが、そんなことも含めていろいろ議論をさせていただきたいと思っております。ありがとうございます。

○宮山座長

1点ほど宿題があったかと思えます。次回よろしくお願ひいたします。事務局から、次回の連絡をよろしくお願ひします。

○総務審議官（事業仕分け室長）

今回は1週間後、7月6日（金）の2時から、12階の第12会議室を予定しております。議事については、今日ご議論いただきました2つのテーマについて、追加の議論の上で、最後に仕分けという形で提言の取りまとめをお願ひしたいと思っております。よろしくお願ひいたします。

○宮山座長

これで本日の提言型政策仕分け会合を閉会いたします。時間が延長して申し訳ございません。どうもありがとうございます。